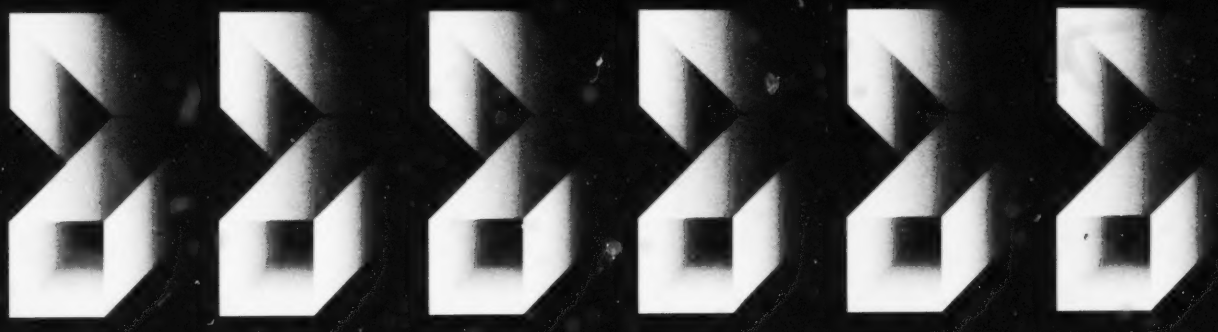
Health Canada
Santé Canada

Evaluation Group
Groupe de l'évaluation

Strategic Planning and Review Directorate
Direction de la planification stratégique et de l'examen

Policy and Consultation Branch
Direction générale des politiques et de la consultation



PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE

CADRE D'ÉVALUATION

Novembre 1996

Canada

MISSION STATEMENT

The Evaluation Group helps Health Canada serve Canadians better by providing objective information and advice about the effectiveness of departmental activities and services.

ÉNONCÉ DE MISSION

Le Groupe de l'évaluation aide Santé Canada à mieux servir les Canadiens et les Canadiennes en offrant une information et des conseils objectifs sur l'efficacité des activités et des services du Ministère.

104-00511/

Programme canadien de nutrition prénatale
Cadre d'évaluation

présenté au
Groupe de l'évaluation
Division de la planification stratégique et de l'évaluation
Direction de la planification stratégique et de l'examen
Santé Canada

29 mars 1996

(Révisé en novembre 1996)

GAIL V. BARRINGTON & ASSOCIATES INC.
102 Discovery Place One
3553 - 31 Street N.W.
Calgary (Alberta)
T2L 2K7
Téléphone : (403) 289-2221 Fax : (403) 282-1238

Résumé

Ce document présente le concept d'évaluation proposé pour le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), initiative de 24,6 millions de dollars annoncée le 26 juillet 1994. La première phase de mise en oeuvre prendra fin le 31 mars 1998; par la suite, un montant de 9,3 millions de dollars sera affecté annuellement à l'initiative.

Ce « cadre » a pour but de définir un concept d'évaluation en vue d'assurer des activités d'évaluation pertinentes et opportunes. Les résultats d'évaluation qui seront obtenus grâce au processus décrit ici permettront de se faire une idée de l'efficacité du programme. Le Cadre présente l'information suivante :

1. une justification du PCNP, ses objectifs et les principales caractéristiques des programmes de nutrition prénatale qui donnent de bons résultats;
2. la mise en oeuvre du PCNP à ce jour;
3. les questions d'évaluation;
4. les exigences en matière de collecte de données;
5. le concept d'évaluation;
6. le calendrier d'évaluation et les prévisions de coûts.

En raison de l'importance accordée par le programme à la collaboration et au partenariat, le concept d'évaluation proposé combine le cadre d'évaluation fédéral et divers exercices d'évaluation régionaux et locaux. La constitution d'une base de données à partir des résultats d'évaluation obtenus aux divers niveaux devrait permettre d'accéder à d'utiles renseignements d'évaluation, de façon efficiente, opportune et économique, pendant la mise en oeuvre du programme comme à sa fin.

Remerciements

Nous remercions vivement les personnes suivantes de leur contribution et de leur appui; sans elles, ce cadre d'évaluation n'aurait jamais vu le jour :

Robert Pelletier	Gestionnaire de projets d'évaluation Division de la planification stratégique et de l'évaluation Direction générale des politiques et de la consultation Santé Canada
Sharon Gribbon	Chef Programme d'action communautaire pour les enfants Direction générale de la promotion et des programmes de la santé Santé Canada
Judy Watson	Agent principal de programme - PCNP Programme d'action communautaire pour les enfants Direction générale de la promotion et des programmes de la santé Santé Canada
D[r] Jody Glacken	Assistante à la recherche Gail V. Barrington & Associates Inc.

Gail V. Barrington, PhD, CMC
Évaluatrice de programmes
Gail V. Barrington & Associates Inc.

Table des matières

Chapitre 1 Le Programme canadien de nutrition prénatale 1

Justification 1
Objectifs du PCNP 2
Groupe cible 3
Principales caractéristiques 3
Mise en oeuvre du Programme 4

Chapitre 2 Méthode globale d'évaluation 7

Activités préliminaires du Ministère 7
Défis de l'évaluation 9
Niveaux d'évaluation 10

Chapitre 3 Cadre d'évaluation 13

Questions d'évaluation 13
Méthodes de collecte de données 15
Cadre d'évaluation 19
Calendrier d'évaluation 24
Prévisions de coûts 26
Mise à jour du projet 26

Bibliographie 27

Annexe 1 Principes directeurs du PCNP 29
Annexe 2 Critères de sélection du PCNP 35
Annexe 3 Liste de vérification des indicateurs 39

Chapitre 1 Le Programme canadien de nutrition prénatale

1.0 Justification

Le 26 juillet 1994, le gouvernement fédéral approuvait le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), l'une des promesses de *Pour création d'emplois - Pour la relance économique*. Il s'agissait d'appuyer les organisations communautaires locales pour qu'elles aident les femmes enceintes vulnérables à accoucher de bébés en santé, et ainsi de réduire l'incidence d'insuffisance pondérale à la naissance. Le PCNP offre une aide financière, proportionnelle au nombre d'habitants, à toute province et à tout territoire qui crée des programmes de nutrition prénatale à l'intention des femmes enceintes à faible revenu, ou qui étend les programmes déjà en place.

Le taux canadien d'insuffisance pondérale est supérieur aux taux de la Norvège, de la Finlande, de la Suède, de la France et de la Suisse[1]. En 1990, 21 963 enfants pesaient moins de 2 500 g à la naissance (soit 5,4 % des 405 474 enfants nés vivants); dans 3 395 des cas (15 %), l'insuffisance pondérale était extrême (le nouveau-né pesait moins de 1 500 g). Si, durant les années 70, le pourcentage de naissances avec insuffisance pondérale a chuté de façon spectaculaire (de 25 %), la diminution s'est considérablement ralentie depuis 1980 (pour se situer aux alentours de 8 %). En fait, il y a eu 900 naissances de plus avec insuffisance pondérale en 1990 qu'en 1985, par suite de l'accroissement du nombre des naissances vivantes.

Les taux de naissance avec insuffisance pondérale (ou extrême insuffisance pondérale) ne sont pas uniformes entre les provinces et territoires. L'insuffisance pondérale est proportionnellement plus élevée au Québec, en Alberta, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et au Manitoba, et l'extrême insuffisance pondérale proportionnellement plus élevée dans les Territoires du Nord-Ouest, en Nouvelle-Écosse, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique (nous n'avons pas de données pour Terre-Neuve). Il y a plus de naissances à terme avec insuffisance pondérale chez les filles; le taux d'insuffisance pondérale des filles est 17 % plus élevé que celui des garçons. Les naissances prématurées ou avec insuffisance pondérale sont deux fois plus nombreuses proportionnellement chez les Autochtones que dans le reste de la population; chez les Inuit, les taux sont quatre fois supérieurs aux taux nationaux. Dans ces deux groupes, le poids excessif à la naissance est également un problème.

---

[1] Les données citées dans ce chapitre sont tirées de La santé des enfants du Canada : Profil réalisé par l'ICSI, deuxième édition, Institut canadien de la santé infantile, Ottawa, 1994.

Une trop brève gestation et un faible poids à la naissance sont des facteurs majeurs de décès au cours des 28 premiers jours de la vie; sur 100 000 nouveau-nés, 41,2 meurent pour cette raison (qui vient au troisième rang, après les malformations congénitales et le syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né). Chez les survivants, moins le poids est élevé, plus le bébé a besoin de soins. Dans bien des cas, il est exposé à des risques accrus de troubles neurologiques du développement et de problèmes chroniques de santé durant toute l'enfance. Les soins aux nouveau-nés dont le poids à la naissance s'éloigne excessivement de la norme entraînent des coûts élevés, qu'il faut absolument réduire. On estime que chaque naissance avec insuffisance pondérale coûte en moyenne 60 000 $ de frais initiaux. Parfois, il faut fournir ensuite à l'enfant des services permanents d'aide sociale, d'éducation et de santé, qui peuvent accroître considérablement les dépenses de la société.

L'insuffisance pondérale à la naissance est la résultante de plusieurs facteurs, parmi lesquels la mauvaise santé et la mauvaise alimentation de la mère, la pauvreté de la mère, et la consommation de tabac par la mère. Pour plus de 10 % des naissances attendues chaque année au Canada (environ 41 000 sur 400 000), il existe un risque d'insuffisance pondérale par suite du mauvais état de santé ou de la mauvaise alimentation de la mère. Une étude du Dispensaire diététique de Montréal a révélé que, pour chaque dollar investi dans les programmes de soins prénataux complets pour les femmes enceintes à risque, huit dollars peuvent être économisés en soins néonataux. Par ailleurs, si la mère vit dans la pauvreté, le risque d'insuffisance pondérale est plus élevé, pour diverses raisons : logement insalubre, stress, violence ou mode de vie malsain. La consommation de tabac par la mère constitue un autre facteur puissant et constant d'insuffisance pondérale à la naissance. En 1990, 34 % des femmes en âge de procréer (20 à 24 ans) déclaraient fumer. Chez les femmes autochtones, enfin, le diabète gestationnel, qui est associé à des naissances avec poids excessif, est un problème de santé additionnel.

2.0 Objectifs du PCNP

Le PCNP est un vaste programme de promotion de la santé, fondé sur la souplesse, qui aide les collectivités à mettre sur pied des programmes pour les femmes enceintes à risque, ou à améliorer les programmes déjà en place, afin d'accroître le nombre des naissances en santé. Une contribution financière est accordée pour l'exécution de projets communautaires ayant pour but de distribuer des suppléments nutritifs ou d'offrir certains services : conseils en nutrition, soutien, éducation, aiguillage ou counseling en matière d'alcoolisme, de stress, de violence familiale et autres problèmes liés au mode de vie. Après la naissance de l'enfant, l'aide peut être maintenue jusqu'à ce que l'enfant ait six mois. Les objectifs du programme sont plus particulièrement les suivants :

1. réduire le taux de naissances avec poids insuffisant ou excessif;

2. améliorer la santé des femmes enceintes;

3. promouvoir l'allaitement au sein et son maintien;

4. rendre les services plus accessibles :

   ♦ aux habitants des zones urbaines à forte densité et des régions isolées ou rurales du Nord qui sont moins bien desservies;
   ♦ aux mères et aux nouveau-nés qui sont difficiles à atteindre pour des raisons culturelles ou linguistiques;

5. étendre le partenariat, la liaison et la collaboration au sein de la collectivité, afin de favoriser une meilleure reconnaissance des besoins des mères et des nouveau-nés à haut risque, un meilleur appui à leur endroit et la mise sur pied, à leur intention, d'un plus grand nombre de ressources et de programmes communautaires efficaces.

3.0 Groupe cible

Le PCNP vise les femmes enceintes (y compris les adolescentes) qui font partie de l'une ou l'autre des catégories suivantes : pauvreté, consommation d'alcool ou de drogue, situation de violence, isolement, manque d'accès aux services, diabète gestationnel, Indiens inscrits (vivant ou non dans une réserve), Inuit, réfugiés.

4.0 Principales caractéristiques

Le PCNP a été élaboré à partir des principales caractéristiques des programmes dont on sait qu'ils donnent de bons résultats - selon plusieurs examens de la documentation relative aux programmes de nutrition prénatale, effectués pour le compte de Santé Canada (Choquette et Julien, 1995a; Choquette et Julien, 1995b; Winquist, 1995). Il ressort de ces examens que la malnutrition durant la grossesse est l'un des facteurs clés d'insuffisance pondérale à la naissance, et qu'un bon programme de nutrition prénatale comporte un certain nombre de caractéristiques :

1. Il offre des soins complets, car les soins complets sont associés à une meilleure issue de la grossesse pour les femmes à risque élevé.

2. Il offre des suppléments nutritifs, car les suppléments nutritifs sont associés à

une meilleure issue de la grossesse pour les populations à risque; l'inscription à un programme de nutrition prénatale semble, à tout le moins, écarter des facteurs de risque comme la consommation de tabac, le faible poids de la future mère avant la grossesse ou sa sous-alimentation.

3. Il offre des services prénataux prolongés et un faible ratio professionnel-clientes, car ces éléments sont associés à une meilleure issue de la grossesse; le ratio optimal pour les services de counseling en nutrition prénatale est de 1 pour 1.

4. Il offre un service de counseling en nutrition doublé d'un programme complet de soins, car cette combinaison est associée à une meilleure issue de la grossesse pour les populations à risque.

5. Il tient compte des valeurs, pratiques et croyances culturelles des Premières nations et des Inuit en ce qui touche la grossesse et l'accouchement, car cela augmente l'efficacité des services prénataux offerts à cette population.

5.0 Mise en oeuvre du Programme

La mise en oeuvre du PCNP est la responsabilité conjointe de la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS) et de la Direction générale des services médicaux (DGSM). À la DGPPS, le PCNP est administré par l'entremise des comités de gestion conjoints (CGC) fédéraux-provinciaux-territoriaux du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE). Les fonds du PACE sont versés aux provinces et aux territoires de manière à ce que chaque province ou territoire puisse financer au moins un programme majeur (150 000 $) et disposer en plus d'un montant proportionnel au nombre des naissances à risque (en supposant que celles-ci représentent 10 % des naissances vivantes). Dans les territoires, où la mise en oeuvre du programme et les aliments coûtent comparativement plus cher, on postule que 100 % des naissances sont à risque. Les contributions sont versées conformément aux modalités et conditions du PACE.

La DGSM administre la composante du PCNP qui vise les Premières nations et les Inuit. Les fonds sont proportionnels à la population et versés directement aux conseils de bande, aux conseils tribaux ou aux groupes autochtones, conformément aux décisions prises pour la région en application des accords de contribution du programme Grandir ensemble.

Le programme est financé à la fois par de nouvelles affectations de fonds et par des réaffectations budgétaires au sein de Santé Canada. Le tableau qui suit donne les montants affectés originellement au titre des subventions et contributions, et les changements apportés à la suite de la Phase 1 de l'Examen des programmes.

Financement du PCNP
(en millions de dollars)

Exercice	DGPPS		DGSM
	Montant originel	Après Phase 1 Examen des programmes	
1994 - 1995	6,6	2.6	0,7
1995 - 1996	5,8	3.1	2.5
1996 - 1997	17,1	9,6	5,0
1997 - 1998	16,8	9,3	5,0
permanent	16,8	9,3	5,0

Les critères de sélection des projets sont reproduits à l'annexe 1. Tout organisme communautaire ou bénévole sans but lucratif constitué en société et partenaire d'une unité de santé publique peut présenter une demande. La DGPPS reçoit les propositions de projet à l'étape de présentation, sélectionne les propositions conformes aux exigences, met au point les accords de contribution, surveille le développement des projets et administre les fonds. Dans certaines régions, les fonds servent à améliorer ou à étendre les programmes de santé prénatale déjà en place. Là où il n'existe aucun projet, des ressources sont distribuées pour aider à la mise sur pied et à l'exécution de projets, mais toujours en consultation avec la province ou le territoire pour que le PCNP ne fasse pas double emploi avec des services déjà offerts par la province ou le territoire, ou qu'il ne remplace pas de tels services.

Chez les Premières nations et les Inuit, la participation varie d'une communauté à une autre. Plusieurs communautés ont des projets en train, mais un grand nombre n'en sont qu'à l'étape de la planification. Des activités additionnelles mettent l'accent sur le soutien - par exemple, sur la formation, ou l'élaboration de matériel éducatif et promotionnel approprié sur le plan culturel.

Pour être sélectionné, un projet doit prévoir un ou plusieurs des services suivants :

1. distribution de suppléments nutritifs prénataux (aliments, vitamines prénatales), recommandés par un diététicien ou un médecin agréé qui travaille pour le projet (dans chaque équipe de planification de projet, il doit y avoir un diététicien agréé qui participe à la formation continue du personnel et à l'exécution du programme; dans les régions isolées, la consultation peut se faire par téléphone ou dans le cadre d'une visite à la communauté);

2. évaluation alimentaire et conseils relatifs au mode d'acquisition des aliments, à leur préparation et aux bonnes habitudes alimentaires;

3. promotion de l'allaitement au sein, de la formation de liens affectifs entre la mère et l'enfant, de l'alimentation saine du nouveau-né et de la planification des naissances;

4. participation des femmes enceintes et des nouvelles mères à la planification, à l'exécution et à l'évaluation du programme;

5. éducation dans des domaines comme la préparation des aliments, les achats en fonction d'un budget, l'art d'être parent et l'alimentation des nouveau-nés;

6. préparation à l'accouchement;

7. soutien et counseling relativement au stress, à la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues, à la violence familiale et à d'autres questions touchant le mode de vie;

8. mécanismes divers de soutien social, notamment counseling, éducation et autres types d'aide, dispensés par des professionnels, des travailleurs familiaux bénévoles ou des pairs, dans le cadre de visites à domicile, de consultations en centre ou de séances de groupe;

9. soutien en vue d'une alimentation nutritive et suffisante, au moyen d'activités communautaires diverses : cuisines collectives, jardins communautaires ou clubs d'achat de nourriture;

10. aiguillage vers d'autres ressources et d'autres programmes ou services communautaires.

Chapitre 2 Méthode globale d'évaluation

1.0 Activités préliminaires du Ministère

De 1994 au début de 1996, la DGPPS a participé à un certain nombre d'activités de préparation à l'évaluation. Ces activités sont décrites ci-dessous.

1. Examens de la documentation

Au début de 1995, la DGPPS et la DGSM ont commandé une série d'examens de la documentation relative à l'évaluation des programmes de nutrition prénatale. Ces examens se sont révélés une source précieuse de données pour l'élaboration du cadre national d'évaluation; ils ont permis notamment de dresser des listes de variables de profil de risque et des indicateurs de résultat. (Les rapports de ces examens sont distribués sous pli séparé.)

Une étude des programmes prénataux canadiens comportant un volet « nutrition » a permis de perfectionner et de valider les variables relevées dans la documentation.

2. Mise à contribution des intéressés

Étant donné que le PCNP est géré selon l'approche dite de « développement communautaire », un certain nombre de comités et de groupes de travail réunissant les parties intéressées ont été établis, dont les suivants :

a) Groupe de travail sur l'évaluation nationale du PCNP

Ce groupe réunit des membres du personnel de première ligne de la DGPPS (Direction de la promotion de la santé), de la DGSM (Services de santé aux Indiens et aux populations du Nord), de la Direction générale des politiques et de la consultation, du Bureau régional de Santé Canada en Alberta et du Bureau de la biostatistique et des applications informatiques, ainsi que des représentants de l'Assemblée des Premières nations, de la Pauktuutik Inuit Women's Association, du Département de santé publique de la ville de Toronto et du ministère de la Santé du Manitoba. Le groupe veille à élargir la perspective dans laquelle sont analysées les questions de santé concernant la nutrition prénatale.

b) Groupe de travail sur l'évaluation régionale du PCNP

Ce groupe comprend des représentants des bureaux régionaux de Santé Canada, de la DGPPS et de la DGSM. Il assure la liaison avec les CGC à l'échelon régional.

c) Équipe de gestion de Santé Canada

Ce groupe est composé de membres du personnel du PCNP et de la DGPPS ainsi que de deux nutritionnistes-conseils. Il offre des conseils, au gré des besoins, relativement aux nouvelles questions qui se posent en matière d'évaluation.

d) Groupe d'experts pour la collecte et la compilation des données

Ce groupe composé d'experts - un démographe, un statisticien, un nutritionniste-épidémiologiste, un évaluateur de programme et d'autres experts en recherche et en questions prénatales - recueille de l'information sur les facteurs de risque prénataux et l'issue des grossesses dans les régions du Canada où il n'existe pas actuellement de programme du type PCNP. Ces travaux permettront d'établir le taux d'issue défavorable des grossesses chez les femmes à risque qui sont admissibles aux programmes du PCNP mais n'y ont pas encore accès. L'information recueillie servira d'arrière-plan à l'évaluation du PCNP et permettra de tirer un plus grand nombre de conclusions valides sur l'issue des grossesses et les facteurs en cause.

e) Ateliers interactifs d'évaluation

Au cours de l'automne 1995, quatre ateliers interactifs, fondés sur l'approche du développement communautaire, ont été organisés. Ils devaient permettre de relever les besoins et les défis, d'établir des indicateurs d'évaluation pour les échelons national, provincial/territorial et local, et de peaufiner les questions d'évaluation et la liste des données à recueillir. Ces ateliers de deux jours, qui se sont tenus à Edmonton, Halifax, Saskatoon et Toronto, ont réuni 143 représentants locaux ou régionaux.

Dans le cadre des ateliers, le personnel de la DGPPS a transmis de l'information de fond aux équipes des programmes du PCNP. Une courtepointe pour bébé a été exhibée pour illustrer comment les différentes parties du processus d'évaluation s'imbriquent les unes dans les autres : chaque carré représente un projet local, avec sa configuration particulière, et chaque ensemble de carrés un groupe régional de programmes; la bordure est le cadre d'évaluation fédéral, dans lequel s'encastrent tous les programmes du PCNP. Les participants ont passé une bonne partie du temps à discuter de ce qu'il fallait inclure parmi les outils d'évaluation locaux et régionaux. Ils ont puisé dans leur riche expérience des programmes pour explorer les activités

d'évaluation de base qui donneraient des résultats dans leur domaine.

La rétroaction a été très positive dans l'ensemble. Pour chaque nouvel atelier, la structure était modifiée en fonction de l'atelier précédent, de manière à mieux répondre aux besoins des participants. Ceux-ci ont particulièrement apprécié :

1. la possibilité de participer à la formulation des questions d'évaluation et de contribuer au processus d'évaluation;

2. la possibilité de parler avec les représentants de divers projets locaux et de divers échelons ainsi qu'avec le personnel de Santé Canada;

3. la métaphore de la courtepointe, qu'ils ont jugée très apte à illustrer le processus global d'évaluation et qui les a aidés à comprendre comment leur projet s'imbriquait dans le cadre général d'évaluation.

À partir des éléments retenus par les participants, une liste provisoire d'indicateurs d'évaluation a été établie.

Tous ces groupes ont mis en pratique l'approche axée sur les déterminants de la santé, telle qu'adoptée par le PCNP, en créant des partenariats et des coalitions entre les groupes communautaires et les systèmes officiels de services de santé et de services sociaux. En conjuguant leurs efforts, ils ont réussi à régler des problèmes liés au plan d'évaluation.

2.0 Défis de l'évaluation

Le vaste processus de consultation et de collaboration qui a marqué la phase d'élaboration du PCNP a produit une mine d'information qui sera utile pour guider les activités d'évaluation. Les parties consultées ont cité un certain nombre de défis, repris ci-dessous.

1. Défis liés au schéma d'évaluation

a) Diversité des outils d'évaluation nutritive et diététique choisis par les équipes de projet.

b) Nécessité de définir le *soutien* comme composante du PCNP (suggestions

formulées : soutien informatique, aide concrète, soutien psychologique et soutien intégré).

c) Nécessité de définir en quoi consiste le *succès* pour un projet, notamment par rapport au changement à obtenir dans le poids à la naissance.

d) Nécessité d'une base de données pour les comparaisons.

e) Nécessité d'identifier séparément les résultats des projets financés par le PCNP lorsqu'une contribution additionnelle est demandée pour un programme déjà en place.

2. Défis liés au contexte

a) Nécessité de lier les activités de la DGPPS et de la DGSM.

b) Inégalités entre les projets en ce qui concerne la capacité de fournir des ressources en personnel et en technologie pour appuyer les activités d'évaluation.

c) Chevauchements entre les processus d'évaluation des programmes (PCNP et PACE) ou entre ceux des échelons d'intervention du PCNP (local, régional et fédéral).

d) Nécessité d'amener le personnel et la clientèle des projets à s'investir dans l'évaluation.

Ces défis liés au schéma d'évaluation ou au contexte devront être pris en compte au cours des activités d'évaluation proposées dans le présent cadre.

3.0 Niveaux d'évaluation

L'évaluation du PCNP sera coordonnée par Santé Canada. Elle se déroulera simultanément à plusieurs niveaux, décrits ci-dessous.

1. Évaluation nationale

Une évaluation globale portera sur la pertinence du programme, son succès global et son rapport coût-efficacité. Pour ce type d'évaluation, on utilisera l'information recueillie auprès du grand public, des partenaires, des provinces,

des groupes cibles et des dispensateurs de programme, en accordant une attention particulière aux résultats et à leur pertinence. On examinera les indicateurs de coût des soins prénataux et des interventions médicales et sociales ultérieures, ainsi que les données pertinentes des bases démographiques ou autres. Cette évaluation est décrite dans le présent cadre.

2. Évaluation des incidences

Une deuxième évaluation nationale portera sur les résultats et incidences des projets du PCNP. On pose au départ qu'il y a corrélation directe entre distribution de suppléments nutritifs, soutien, éducation et counseling, d'une part, et issue favorable de la grossesse pour la mère et l'enfant, d'autre part. Lors des ateliers nationaux de l'automne 1995, les participants ont dressé une liste d'indicateurs d'évaluation sur le terrain, qui, combinée à d'autres renseignements, permettra de constituer une base de données sur les incidences des projets. L'annexe 3 propose une liste provisoire d'indicateurs, qui sera mise à l'essai au printemps 1996 dans cinq sites : à Whitehorse (Yukon), à Calgary (Alberta), à Meadow Lake (Saskatchewan), à Toronto (Ontario) et à Amherst (Nouvelle-Écosse). Les résultats des projets pilotes serviront à établir et à tester une base de données du PCNP pour l'évaluation locale, régionale et fédérale. Ces indicateurs seront aussi mis à l'essai dans les communautés des Premières nations et dans les communautés Inuit (Wapole Island et Baker Lake).

3. Autres niveaux d'évaluation

Il sera possible d'extraire de la base de données du PCNP des renseignements pertinents sur n'importe quelle combinaison de variables. On s'attend à ce que des équipes de projet et des régions demandent de temps à autres des données d'évaluation précises, ayant pour elles une utilité durable.

Étant donné le grand nombre de données d'évaluation qui seront vraisemblablement produites au sein du programme, il est essentiel de coordonner les activités de collecte de données pour réduire les chevauchements.

Chapitre 3 Cadre d'évaluation

Le cadre d'évaluation présenté dans ce chapitre offre un modèle pour les activités de collecte de données qui se dérouleront entre le 1er avril 1996 et le 31 mars 1998. Le vaste effort de collaboration et de coordination qui a caractérisé jusqu'ici la préparation à l'évaluation du PCNP a permis la mise au point d'un processus d'évaluation efficace, qui devrait réduire sensiblement les cas de double emploi et les coûts, tout en étant assez souple pour incorporer des activités de recherche additionnelles (ex. études de cas, études sur la population), au gré des occasions.

On trouvera ci-dessous les questions d'évaluation, une description des méthodes de collecte de données, une présentation du cadre d'évaluation, le calendrier proposé et les prévisions de coûts.

1.0 Questions d'évaluation

Les questions d'évaluation proposées sont regroupées selon les quatre grandes priorités retenues pour l'évaluation des programmes; à savoir :

1. pertinence du programme;
2. processus de mise en oeuvre;
3. succès du programme;
4. rapport coût-efficacité.

1.1 Pertinence du programme

1. Après quatre années de mise en oeuvre, les conditions à l'origine de la création du PCNP existent-elles encore et justifient-elles le maintien d'un programme fédéral voué à l'amélioration de la nutrition prénatale?

2. Le PCNP fait-il double emploi avec d'autres programmes fédéraux, administrés ou non par Santé Canada?

3. Comment, et jusqu'à quel point, le PCNP permet-il de compléter ou d'étendre d'autres programmes prénataux - provinciaux, municipaux ou communautaires - poursuivant les mêmes objectifs?

4. Le type d'intervention que représente le PCNP reste-t-il approprié? Le

gouvernement fédéral doit-il maintenir sa participation, ou bien l'intervention d'une autre administration publique, du secteur privé ou du secteur bénévole permettrait-elle d'obtenir des résultats aussi satisfaisants?

1.2 Processus de mise en oeuvre

1. Le PCNP a-t-il atteint ses groupes cibles (Premières nations et Inuit y compris)? Sinon, pourquoi pas?

2. Quels sont les taux de participation?

3. Le PCNP a-t-il amélioré l'accès aux services pour les mères et les bébés :

   a) défavorisés sur le plan géographique (zones urbaines à forte densité, régions isolées des campagnes et du Nord)?

   b) défavorisés sur le plan culturel?

4. Des systèmes ou mécanismes appropriés ont-ils été établis pour coordonner, surveiller et évaluer les activités du Programme?

5. Quels étaient les points forts et les points faibles de l'approche suivie pour la mise en oeuvre du Programme?

6. Qu'est-ce qui prouve que les projets ont permis d'établir des partenariats et des liens de collaboration avec d'autres organisations (publiques ou privées) et avec des groupes et individus de la collectivité?

7. Le PCNP a-t-il permis à la collectivité d'accroître son soutien aux mères et aux nouveau-nés, compte tenu de leurs besoins, de leurs intérêts et de leurs droits?

1.3 Succès du Programme

1. Qu'est-ce qui prouve que les projets financés par le PCNP ont influencé l'issue des grossesses dans le sens désiré, notamment :

   a) le poids à la naissance?
   b) la santé du nouveau-né?
   c) la santé de la mère?
   d) le taux d'allaitement au sein et la durée de l'allaitement?

2. Quels types de projet et d'activité de projet ont le plus contribué à améliorer l'issue des grossesses?

3. Quelles sont les leçons à tirer de ces projets?

1.4 Rapport coût-efficacité

1. À combien s'élèveraient les coûts sans le PCNP?

2. Y a-t-il d'autres moyens rentables d'administrer les programmes et projets locaux?

2.0 Méthodes de collecte de données

Le schéma d'évaluation prévoit l'intégration de divers éléments.

1. Base de données

Il est important, si l'on veut attribuer des résultats au PCNP, de pouvoir comparer les collectivités où le PCNP est présent et celles où il est absent. La base de données est encore en voie de constitution; mais on espère pouvoir étudier un ensemble de collectivités canadiennes présentant des profils de risque équivalents, en se penchant sur les indicateurs comparables concernant l'issue des grossesses.

2. Questionnaire sur le projet (QP)

Une ébauche de « questionnaire sur le projet » est actuellement mise à l'essai dans les sept collectivités pilotes. À la fin juin 1996, le questionnaire sera révisé compte tenu des commentaires recueillis sur le terrain. Il devra ensuite être rempli chaque année par toutes les équipes de projet du PCNP. L'information sera intégrée à la base de données du PCNP au gré des besoins d'analyse. Le tableau qui suit donne un aperçu des sujets abordés dans le questionnaire.

Aperçu des sujets abordés dans le questionnaire sur le projet

1.0 Vue d'ensemble du projet

Type d'organisme
Chevauchements avec d'autres programmes
Caractéristiques du projet :
- Emplacement
- Population cible
- Personnel
- Budget

2.0 Intervention

Type d'intervention
Participation des clientes :
- programme suivi au complet / collaboration
- utilisation des services d'aiguillage

3.0 Issue des grossesses

Poids à la naissance
Santé du nouveau-né
Santé de la mère
Allaitement au sein

4.0 Résultats

Retombées
Collaboration :
- partenariats
- viabilité / prise en charge par la collectivité

Leçons tirées

3. Questionnaire sur les clientes (QC)

L'évaluation se déroulant sous le signe de la collaboration, chaque équipe de projet recueillera des données sur ses clientes, en fonction de ses besoins d'information et de ceux de la région. Comme pour le questionnaire sur le projet, l'information transmise par l'équipe sera intégrée à la base de données du PCNP. Des rapports visant des projets ou des régions en particulier seront générés au gré des besoins. Certains renseignements sur les clientes seront également utiles pour la mise au point du cadre d'évaluation nationale. Le tableau qui suit donne un aperçu des sujets qui seront abordés dans le questionnaire.

Aperçu des sujets abordés dans le questionnaire sur les clientes

1.0 Profil de risque des clientes

2.0 Utilisation des services par les clientes

3.0 Résultats chez les mères

L'annexe 3 donne la liste provisoire des indicateurs pour lesquels des renseignements seront recueillis au moyen des deux questionnaires.

4. Examen de documents

Le cas échéant, les comptes rendus des réunions de Santé Canada se rapportant au PCNP seront examinées relativement aux questions de coordination, de surveillance et d'évaluation. Il se peut qu'on examine également certains dossiers de programme pour en extraire de l'information additionnelle sur ces questions.

5. Entrevues avec des cadres supérieurs

On interviewera au besoin des cadres supérieurs de la DGPPS et de la DGSM pour connaître leur point de vue sur les questions touchant la mise en oeuvre du Programme.

6. Groupes échantillons

En utilisant les structures de consultation en place, on organisera un ensemble de séances de groupes échantillons pour évaluer les forces et les faiblesses de la mise en oeuvre du Programme.

7. Mesures discrètes/de circonstance

Il arrivera qu'en enquêtant sur une question particulière on découvre de l'information éclairante sur un autre sujet. En prévoyant dans le cadre d'évaluation des mesures discrètes ou de circonstance, on assurera la souplesse du processus d'évaluation et sa sensibilité aux nouvelles questions et aux nouveaux besoins.

8. Examen de la documentation

Les *Rapports sur la santé* de Statistique Canada et autres sources de données épidémiologiques pertinentes qui auront été publiés durant la période d'évaluation seront examinés pour les statistiques globales qu'ils contiendront sur les naissances avec insuffisance pondérale au Canada pendant la période d'évaluation.

9. Analyse statistique

Il est prévu d'utiliser l'Ensemble des programmes statistiques relatif aux sciences sociales (SPSS) pour faire l'analyse statistique de la base de données du Programme. On effectuera notamment des analyses en tris croisés et des études statistiques descriptives.

10. Analyse coût-efficacité

On comparera les données sur les résultats du Programme et les statistiques canadiennes globales, sous l'angle du rapport coût-efficacité.

11. Études de cas

Si les ressources le permettent, on réalisera sept études de cas (dont une dans une communauté des Premières nations et une dans une communauté Inuit) pour évaluer les aspects les plus qualitatifs de la mise en oeuvre du Programme, de ses incidences et des leçons à en tirer, saisir les différentes manières dont les projets répondent aux besoins de la collectivité, et humaniser les conclusions de la recherche.

3.0 Cadre d'évaluation

Le tableau qui suit décrit globalement le cadre d'évaluation, en précisant les objectifs d'évaluation, les questions d'évaluation, les sources d'information et les indicateurs de programme.

PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE

Cadre d'évaluation

Objectifs d'évaluation	Questions d'évaluation	Sources d'information	Indicateurs de programme
1. PERTINENCE DU PROGRAMME			
1.1 déterminer si le gouvernement fédéral doit maintenir sa participation aux activités du PCNP	**1. Après quatre années de mise en oeuvre, les conditions à l'origine de la création du PCNP existent-elles encore et justifient-elles le maintien d'un programme fédéral voué à l'amélioration de la nutrition prénatale?**	Données de Statistique Canada sur le faible revenu (y compris les statistiques sur le revenu des autochtones) Système canadien de surveillance périnatale (qui comprend des données autochtones) Sondages chez les autochtones Statistique Canada, Rapports sur la santé	Taux relatifs au poids à la naissance (non PCNP) Santé du nouveau-né (non PCNP) Santé de la mère (non PCNP) Taux d'allaitement au sein/durée de l'allaitement (non PCNP) Taux nationaux
	2. Le PCNP fait-il double emploi avec d'autres programmes fédéraux, administrés ou non par Santé Canada?		
	3. Comment, et jusqu'à quel point, le PCNP permet-il de compléter ou d'étendre d'autres programmes prénataux - provinciaux, municipaux ou communautaires - poursuivant les mêmes objectifs?	QP, rapports des projets de la DGSM QP, rapports des projets de la DGSM	Chevauchements entre programmes Chevauchements entre programmes
	4. Le type d'intervention que représente le PCNP reste-t-il approprié? Le gouvernement fédéral doit-il maintenir sa participation, ou bien l'intervention d'une autre administration publique, du secteur privé ou du secteur bénévole permettrait-elle d'obtenir des résultats aussi satisfaisants?	QP, rapports des projets de la DGSM	Viabilité / prise en charge par la collectivité

Objectifs d'évaluation	Questions d'évaluation	Sources d'information	Indicateurs de programme
2.0 PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE			
2.1 déterminer si le PCNP a atteint ses groupes cibles	**1. Le PCNP a-t-il atteint ses groupes cibles (Premières nations et Inuit y compris)? Sinon, pourquoi pas?**	QP, rapports des projets de la DGSM	Population cible
	2. Quels sont les taux de participation?	QP, rapports des projets de la DGSM	Population cible Programme suivi au complet / collaboration
2.2 déterminer si le PCNP a amélioré l'accès aux services	**1. Le PCNP a-t-il amélioré l'accès aux services pour les mères et les bébés :**	QP, rapports des projets de la DGSM	Population cible
	a) défavorisés sur le plan géographique (zones urbaines à forte densité, régions isolées des campagnes et du Nord)?	QP,QC and rapports des projets de la DGSM	Population cible Utilisation des services par les clientes
	b) défavorisés sur le plan culturel?	QP,QC and rapports des projets de la DGSM	Population cible Utilisation des services par les clientes
2.3 déterminer si le PCNP a bénéficié jusqu'ici d'une bonne gestion de programme	**1. Des systèmes et mécanismes appropriés ont-ils été établis pour coordonner, surveiller et évaluer les activités du Programme?**	Examen de documents Entrevues avec des cadres supérieurs Groupes échantillons	Degré de collaboration Incidence de gestion des crises Satisfaction des intéressées Paramètres d'évaluation (qualité, pertinence)
	2. Quels étaient les points forts et les points faibles de l'approche suivie pour la mise en oeuvre du Programme?	Entrevues avec des cadres supérieurs Groupes échantillons Mesures discrètes/de circonstance	Données conjoncturelles

Objectifs d'évaluation	Questions d'évaluation	Sources d'information	Indicateurs de programme
2.4 déterminer la nature des partenariats établis dans le cadre des projets du PCNP	**1. Qu'est-ce qui prouve que les projets ont permis d'établir des partenariats et des liens de collaboration avec d'autres organisations (publiques ou privées) et avec des groupes et individus de la collectivité?**	QP and rapports des projets de la DGSM	Partenariats
	2. Le PCNP a-t-il permis à la collectivité d'accroître son soutien aux mères et aux nouveau-nés, compte tenu de leurs besoins, de leurs intérêts et de leurs droits?	QP and rapports des projets de la DGSM	Retombées Collaboration
3.0 SUCCÈS DU PROGRAMME			
3.1 déterminer l'influence du PCNP sur l'issue des grossesses	**1. Qu'est-ce qui prouve que les projets financés par le PCNP ont influencé l'issue des grossesses dans le sens désiré, notamment :** **a) le poids à la naissance?** **b) la santé du nouveau-né?** **c) la santé de la mère?** **d) l'allaitement au sein?**	Étude de base Rapports des projets de la DGSM QP QC QC QP	Taux relatifs au poids à la naissance - comparaison entre collectivités avec PCNP et sans PCNP Taux relatifs au poids à la naissance Résultats chez les nouveau-nés Résultats chez les mères Taux d'allaitement au sein / durée de l'allaitement
3.2 déterminer l'efficacité de divers types de projets ou activités de projet du PCNP	**1. Quels types de projet et d'activité de projet ont le plus contribué à améliorer l'issue des grossesses?** **2. Quelles sont les leçons à tirer de ces projets?**	QP/QC Rapports des projets de la DGSM Études de cas QP Études de cas	Analyse statistique : Types de projet par résultat Activités de projet par résultat Données issues des visites sur le terrain Information anecdotique Données issues des visites sur le terrain

Objectifs d'évaluation	Questions d'évaluation	Sources d'information	Indicateurs de programme
4.0 RAPPORT COÛT-EFFICACITÉ			
4.1 déterminer si le PCNP a un bon rapport coût-efficacité	1. **À combien s'élèveraient les coûts sans le PCNP?**	Examen de la documentation	Coût d'1 naiss. avec insuf. pond. (NIP) X n^{bre} de NIP au Canada (1996-1998)
	2. **Y a-t-il d'autres moyens rentables d'administrer les programmes et projets locaux?**	Étude de base QP	Comparaisons NIP (collectivités avec PCNP et sans PCNP) Coût par client

4.0 Calendrier d'évaluation

Le tableau qui suit donne un aperçu du calendrier d'évaluation.

CALENDRIER D'EXÉCUTION

Activités de collecte de données	1996-1997				1997-1998				1998-1999			
	avr - juin	juil - sept	oct - déc	janv - mars	avr - juin	juil - sept	oct - déc	janv - mars	avr - juin	juil - sept	oct - déc	janv - mars
Collecte des données de base												
QP/QC - essais												
Constitution de la base de données												
QP/QC - mise en oeuvre												
Examen de documents												
Entrevues avec des cadres supérieurs												
Groupes échantillons												
Mesures discrètes/de circonstance												
Examen de la documentation												
Analyse statistique												
Analyse coût-efficacité												
Études de cas (optionnel)												
Rédaction du rapport												

5.0 Prévisions de coûts

On estime que l'évaluation coûtera 70 000 $ (dollars de 1996), en excluant les études de cas, qui sont optionnelles. Si l'on retient cette dernière option, il faut prévoir pour chaque étude de cas un montant supplémentaire de 7 500 $, déplacements non compris. L'évaluation étant structurée selon un schéma d'intégration, un certain nombre d'activités se dérouleront indépendamment du budget prévu ici, notamment l'étude de base (qui sera payée par la DGPPS) et le maintien de la base de données à l'aide des deux questionnaires (payé par les différents programmes qui demanderont l'accès à la base de données).

6.0 Mise à jour du cadre d'évaluation

Des changements se sont produits depuis le 31 mars 1996. Les cinq sites pilotes ont expérimenté le Questionnaire sur le projet et le Questionnaire sur les clientes pendant une période de deux à trois mois. Le personnel de ces sites s'est ensuite réuni à Calgary le 27 juin 1996 pour discuter de l'utilisation des questionnaires et de divers aspects de la collecte de données. Les réactions sur l'utilisation de ces instruments furent positives. Des suggestions très utiles furent faites sur la formulation de certaines questions et les changements nécessaires furent apportés à la version finale des questionnaires. En juillet, la Direction Générale des Services Médicaux a choisi deux sites, Walpole Island et Baker Lake, pour expérimenter les questionnaires dans les collectivités des Premières nations et Inuit.

On a tenu des séances de travail à plusieurs endroits du pays pour former le personnel du programme sur l'utilisation des questionnaires. Les questions obligatoires du QP ont été identifiées au niveau fédéral et les régions doivent maintenant décider si elles désirent des questions obligatoires supplémentaires. Lors des séances de formation, on a offert aux programmes locaux d'identifier localement les questions pertinentes à être incluses dans les questionnaires. Les questionnaires devraient être disponibles pour utilisation au début de 1997. Un premier rapport d'évaluation nationale portant sur les données recueillies au moyen du QP pour l'année 1996-1997 sera disponible en janvier 1997.

Bibliographie

Institut canadien de la santé infantile, La santé des enfants du Canada : Profil réalisé par l'ICSI, deuxième édition, Ottawa, 1994.

Choquette, Janine Desrosiers, et Julien, Monique, Programmes de nutrition prénatale, Partie I : Examen de la documentation internationale, Ottawa, juin 1995a.

Choquette, Janine Desrosiers, et Julien, Monique, Programmes de nutrition prénatale, Partie II : Examen des programmes clés canadiens, Ottawa, juin 1995b.

Winquist, Pam, Les programmes de nutrition prénatale visant les populations autochtones, Ottawa, juin 1995.

Annexe 1

Principes directeurs du PCNP

A. Principes directeurs du PCNP

1. Priorité à la mère et au nouveau-né

Au moment de planifier, de mettre au point ou d'exécuter un programme, la première préoccupation doit être d'assurer la santé et le bien-être de la mère et du bébé.

2. Soutien et renforcement de la famille

La famille est la principale responsable des soins à l'enfant et de son développement. Cependant, tous les secteurs de la société canadienne - gouvernements, organismes, employeurs, syndicats, éducateurs et organisations communautaires bénévoles - partagent la responsabilité à l'égard des enfants et doivent soutenir les parents et les familles.

3. Équité et accessibilité

Le Programme doit répondre aux besoins sociaux, culturels et linguistiques des femmes enceintes de la collectivité; il doit être offert dans toutes les régions du pays, particulièrement dans les régions isolées ou défavorisées sur le plan de l'accès aux services - aux femmes handicapées, aux réfugiées, aux Indiennes vivant hors des réserves, aux femmes métis, aux femmes autochtones en général et aux femmes résidant dans le Nord.

4. Partenariat

Le partenariat et la collaboration communautaires sont les conditions du succès des programmes. Les programmes doivent être unis par des liens de partenariat avec les autres services de la collectivité.

5. Milieu communautaire

Décisions et mesures doivent provenir de la collectivité. Les femmes enceintes, les nouvelles mères, les familles et les groupes communautaires doivent participer activement à la planification, à la conception, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des programmes. Tout nouveau programme, ou tout changement à un programme existant, doit tenir compte des besoins et désirs, de la culture et de la langue des participantes.

6. Souplesse

Un programme doit être assez souple pour répondre aux différents besoins de la collectivité et tenir compte de l'évolution des besoins et des conditions de vie des femmes de cette collectivité.

B. Principes directeurs du programme de nutrition prénatale destiné aux Premières Nations et aux Inuits

Les principes du volet destiné aux Premières Nations et aux Inuits du programme Grandir ensemble doivent être pris en compte au moment de l'élaboration du projet.

1. Aide à l'enfance, à la famille et à la collectivité dans une perspective globale

S'il appartient aux parents de prendre soin de leurs enfants et de veiller à leur bon développement, la collectivité a une part de responsabilité à assumer sur ce plan en aidant les parents à bien jouer ce rôle. L'objectif visé est de favoriser le bien-être de la collectivité et de ses membres en leur offrant du soutien dans des domaines tels que l'éducation, les soins de santé et le développement économique.

2. Démarche axée sur la collectivité

La collectvité a un rôle clé à jouer dans les décisions et les mesures à prendre aux chapitres de la planification, de l'élaboration, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de son programme de nutrition prénatale. Il est important que les Premières Nations et les Inuits aient la possibilité de concevoir des programmes adaptés à leurs besoins culturels et communautaires.

3. Participation communautaire

Bien que les programmes de nutrition prénatale visent avant tout la santé de la mère et de l'enfant, tous les membres de la collectivité - femmes, hommes, aînés, adolescents et enfants - sont invités à participer à la planification et à la mise en oeuvre des programmes.

4. Évolution au rythme de la collectivité

Le programme doit évoluer au rythme de chaque collectivité indienne et autochtone, compte tenu des paramètres de financement et des délais prévus pour l'évaluation.

5. Soutien et suivi (continuum de soins)

Les services offerts seront complets et toucheront aussi bien à la promotion qu'à la

prévention, au soutien et au suivi. Sans perdre de vue l'importance primordiale donnée à la santé des femmes enceintes et des nourrissons, les responsables du programme pourront diversifier leur champ d'intervention, par le biais d'autres programmes en cours, en insistant aussi bien sur la santé et l'information avant la conception que sur les consultations pédiatriques, les aptitudes parentales et le développement de l'enfant.

6. Coordination et liens avec d'autres activités et programmes

Les programmes qui donnent les meilleurs résultats sont ceux qui misent sur la collaboration avec d'autres programmes et activités communautaires. Dans cette optique, le PCNP peut servir à renforcer et à améliorer des programmes existants et à aiguiller les participants vers d'autres programmes et ressources communautaires. La mise en commun des fonds et le partage des ressource/du personnel avec d'autres collectivités et/ou programmes hors-réserve sont des solutions à envisager dans la mesure où elles peuvent être rentables.

Annexe 2

Critères de sélection du PCNP

A. Critères du PCNP pour la sélection des programmes

1. Promouvoir la santé des femmes enceintes, des nouvelles mères et des enfants de 0 à 6 mois.

2. Être mis en oeuvre dans une collectivité où les femmes sont reconnues comme étant à risque élevé, selon les résultats des consultations gouvernementales et communautaires.

3. Répondre aux besoins de la collectivité tels qu'ils ont été évalués et ne pas faire double emploi avec d'autres services.

4. Jouir d'un solide appui communautaire et dispenser les services aux femmes selon une approche fondée sur la coordination et la collaboration.

5. Être approprié au regard de la culture et de la langue des participantes.

6. Répartir les efforts de promotion de la santé entre tous les membres de la famille.

7. Encourager le partenariat communautaire et professionnel, en suscitant la participation des femmes à risque, des groupes communautaires et des professionnels (nutritionnistes, diététiciens agréés, travailleurs communautaires, travailleurs de développement social, médecins et infirmières de santé publique).

8. User de multiples moyens pour atteindre et mobiliser les femmes enceintes et les nouvelles mères à risque, en respectant la culture, la langue et les besoins spéciaux de ces femmes.

9. Viser à enrichir et à partager les connaissances et les compétences - des critères d'évaluation seront mis au point par Santé Canada; l'information sur chaque projet sera recueillie et diffusée dans tout le pays.

10. Utiliser des locaux communautaires - complexe de logements sociaux, centre communautaire, foyer de quartier, centre d'accueil autochtone, école, centre pour immigrants ou réfugiés; au besoin, être suffisamment mobile pour offrir des services à domicile ou en milieu de travail.

11. Être physiquement accessible aux femmes enceintes ainsi qu'aux enfants et aux familles handicapés.

B. Critères d'admisibilité au volet destiné aux Premières Nations et aux Inuits

Les groupes désireux de présenter une demande de financement doivent:

1. inclure un plan d'évaluation solide applicable à leur programme

2. prouver qu'ils bénéficient d'un appui massif de la collectivité et qu'ils répondent à des besoins cernés dans la collectivité

3. montrer que le projet s'intègre aux services communautaires existants et proposés

4. renforcer les programmes existants sans faire double emploi avec les services déjà en place dans la collectivité

5. prévoir une étape de planification et de mise en oeuvre à laquelle auront participé activement les groupes-cibles et les groupes qui s'intéressent particulièrement au projet, par exemple les femmes et les aînés.

Annexe 3

Liste de vérification des indicateurs (ébauche)

INDICATEURS D'ÉVALUATION DU PCNP
ÉBAUCHE DE LISTE DE VÉRIFICATION

Indicateur		Source d'information	
		(QP)	(QC)
1.0	**VUE D'ENSEMBLE DU PROJET**		
1.1	Type d'organisme	✓	
1.2	Chevauchement avec d'autres programmes	✓	
1.3	Caractéristiques du projet :		
	.1 emplacement(s)	✓	
	.2 population cible	✓	
	.3 personnel	✓	
	.4 budget	✓	
2.0	**MISE EN OEUVRE DU PROJET**		
2.1	***Type d'intervention***		
.1	Distribution de suppléments nutritifs	✓	
.2	Conseils en nutrition	✓	
.3	Soutien	✓	
.4	Activités éducatives	✓	
.5	Counselling/aiguillage concernant le mode de vie	✓	
.6	Autres	✓	
2.2	*Profil de risque des clientes*		
.1	*Information sur les clientes*		
	a) généralités démographiques		✓
	b) poids		✓
	c) principale activité		✓
	d) scolarité		✓
	e) montant du revenu		✓

Indicateur		Source d'information	
		(QP)	(QC)
.2	Antécédents gynécologiques		✓
.3	État gynécologique ou médical actuel		✓
.4	Évaluation alimentaire (au point d'entrée)		✓
.5	Attitude à l'égard de l'allaitement au sein		✓
.6	Questions touchant le mode de vie :		
	a) consommation de tabac ou d'autres substances		✓
	b) consommation d'alcool ou de succédanés d'alcool		✓
	c) consommation de drogues		✓
.7	Style de vie		✓
	a) Logement		
	b) Salubrité des aliments		
	c) Abus		✓
	d) Techniques d'adaptation		
	e) Estime de soi		
	f) Réseau de soutien		
2.3	*Utilisation des services par les clientes*		
.1	Programme suivi au complet / collaboration	✓	✓
.2	Utilisation des services d'aiguillage	✓	✓
.3	Durée du contact avec le programme	✓	✓
.4	Consommation de suppléments nutritifs		
3.0	ISSUE DES GROSSESSES		
3.1	*Le bébé*		
.1	Poids à la naissance	✓	✓

Indicateur		Source d'information	
		(QP)	(QC)
.2	État de santé	✓	✓
.3	Morbidité/mortalité	✓	✓
.4	Conditions de logement		
3.2	*La mère*		
.1	État de santé		✓
.2	Changement d'alimentation		
.3	Évaluation alimentaire (au point de sortie)		
3.3	*Allaitement au sein*		
.1	Taux d'allaitement au sein	✓	✓
.2	Questions touchant l'allaitement au sein		
4.0	*RÉSULTATS DES PROJETS*		
4.1	Retombées	✓	
4.2	Partenariats	✓	
4.3	Viabilité / prise en charge par la collectivité	✓	
4.4	Leçons tirées	✓	